FIŞA DE EXAMINARE MEDICALĂ

Disciplina aeronautică:	
Categoria de pregătire:	
Organizația de pregătire:	
Numele şi prenumele:	
Data naşterii (zi, lună, an):	
C.N.P. / Naționalitatea:	/
Profesia:	
Starea civilă:	
Adresa:	
Telefonul:	

Barați răspunsul inexact la următoarele întrebări:

V-ați mai prezentat la examenul medical pentru obținerea aptitudinii de zbor?	DA / NU
Dacă DA, ați fost declarat:	APT / INAPT ?

ANTECEDENTE MEDICALE (se completează de către candidat)	
Suferiți sau ați suferit de maladiile/tulburările de mai jos?	
Dureri de cap frecvente sau severe	DA / NU
Amețeli sau leşinuri repetate	DA / NU
Pierderi de conştiență (de orice natură)	DA / NU
Traumatisme craniene sau contuzii	DA / NU
Tulburări oculare sau operații pe ochi	DA / NU
Ochelari şi/sau lentile de contact purtate	DA / NU
Alergii sau febra fânului	DA / NU
Astmă sau boli de plămâni	DA / NU
Tulburări cardiace sau vasculare	DA / NU
Hipertensiune sau hipotensiune arterială	DA / NU
Anemie sau boli de sânge	DA / NU
Test HIV pozitiv	DA / NU
Tulburări digestive	DA / NU
Hepatită	DA / NU
Calculi renali	DA / NU
Prezența sângelui în urină	DA / NU
Prezența zahărului în urină	DA / NU
Prezența albuminei în urină	DA / NU
Probleme ginecologice sau obstretricale	DA / NU
Tulburări neurologice: atac, epilepsie, apoplexie, paralizie, etc.	DA / NU
Tulburări nervoase de orice fel	DA / NU
Tulburări auditive, nas, gât sau vorbire	DA / NU
Rău de mişcare care a necesitat folosirea medicamentelor	DA / NU
Boli cu transmitere sexuală	DA / NU
Orice alte îmbolnăviri sau leziuni care au necesitat spitalizare	DA / NU
Ați avut tentative de sinucidere?	DA / NU
Ați urmat tratamente medicamentoase pe perioade mai lungi de o lună?	DA / NU
Folosiți de obicei droguri sau narcotice?	DA / NU
Consumați alcool în exces?	DA / NU
În familie aveți rude de sânge bolnave de diabet zaharat?	DA / NU
În familie aveți rude bolnave de maladii cardiovasculare?	DA / NU
În familie aveți bolnavi de tuberculoză?	DA / NU
Ați primit refuzul de acordare a unei asigurări de viață sau a unei licențe de zbor?	DA / NU
Ați fost implicat în accidente de aviație?	DA / NU
Ați fost implicat în alte accidente?	DA / NU
Vă considerați sănătos fizic şi mintal?	DA / NU
În caz afirmativ, specificați data şi natura maladiilor/tulburărilor avute:	
ÎMI ASUM RESPONSABILITATEA PENTRU CELE MENȚIONATE MAI SUS.	
Data:	Semnătura candidatului:

1. Se ataşează obligatoriu <u>Electrocardiograma</u>! **2. Se completează numai de către <u>medicul de specialitate</u>, astfel:** **- Se notează valorile găsite, sau se marchează cu „N" (normal), respectiv „P" (patologic), corespunzător datelor clinice prezentate:** **- Spațiile alternative se barează.**	**N**	**P**	Semnătura şi parafa medicului
MEDICINĂ INTERNĂ			
Talia _____ Greutatea _____ Perimetrul toracic _____			
Cap, Față, Gât			
Tegumente şi fanere (mărci, cicatrice, tatuaje)			
Sistem ganglionar limfatic			
Aparat respirator			
Cord (dimensiuni, zgomote)			
Puls _____ AV _____			
TA (ortostatism) _____ TA (clinostatism) _____			
Electrocardiograma			
Sistem endocrin (inclusiv sâni)			
CHIRURGIE			
Aparat osteoarticular (coloana vertebrală, libertatea articulațiilor)			
Abdomen şi viscere (hernii)			
Anus şi rect (hemoroizi, fistule)			
Aparat urogenital (prostată, rupturi de perineu)			
NEUROLOGIE			
Aparat muscular (forță)			
Sistem nervos (ROT, echilibru, percepție, coordonare)			
PSIHIATRIE			
Comportament deviant (tulburări de personalitate)			
Astenii de cauză nervoasă, depresii			
O.R.L.			
Nas, sinusuri			
Gură, faringe, laringe			
Urechi (canale interne şi externe), timpane (perforații)			
Auz murmur (metri) conversații (metri) urechea dreaptă _____ _____ urechea stangă _____ _____			
Audiometrie / pierdere de decibeli 500 1000 2000 3000 urechea dreaptă ____ ____ ____ ____ urechea stangă ____ ____ ____ ____			
OFTALMOLOGIE			
Ochi (examen general, câmp vizual)			
Examen oftalmoscopic			
Pupile (egalitate de reacție, RFM)			
Motilitatea oculară (mişcări paralele asociate, nystagmus)			
Simt cromatic			
Astigmatism prezent / absent			
Vedere la distanță fără corecție corectat Ochi drept 20 / _____ 20 / _____ Ochi stâng 20 / _____ 20 / _____ Ambii ochi 20 / _____ 20 / _____			
EXAMEN RADIOLOGIC (inițial sau dacă este indicat)			
MRF			
EXAMEN SUMAR DE URINĂ			
Glicozurie prezentă / absentă			
Albuminurie prezentă / absentă			
EXAMENUL SÂNGELUI			
VDRL pozitiv / negativ Hemoglobina _____			
VSH _____ Nr. hematii _____ Nr. leucocite _____			

Din punct de vedere medical candidatul este | **APT / INAPT** | **pentru zbor/salt.**

EXAMINATOR MEDICAL AUTORIZAT (AME)

Data: _____ (semnătura şi parafa AME)